

診察日 令和 年 月 日

社会福祉法人幸生会 理事長 様
（病児保育室すまいる）

医療機関名
所在地
電話
医師氏名

（自署又は記名押印）

病児保育室の利用について、次のとおり連絡いたします。
診断の結果、入院の必要はないが、集団保育は困難であると認めます。

【保護者記入欄】

児童氏名		性別		生年月日	年 月 日
児童住所					(歳 か月)
電話番号				保護者氏名	

※ この診療情報提供書は有料ですので、病児保育室「すまいる」の空き状況を確認した上で、発行を依頼してください。

【医療機関記入欄】

病名 (番号に○)	1 急性上気道炎（かぜ症候群）	14 麻疹
	2 気管支炎・喘息様気管支炎	15 風疹
	3 肺炎	16 百日咳
	4 喘息	17 その他（ ）
	5 ヘルパンギーナ	なお、以下の疾患については、他児への感染期を 経過した状態から利用可能といたします。
	6 感染性胃腸炎	7 流行性耳下腺炎
	7 流行性耳下腺炎	8 水痘
	8 水痘	9 インフルエンザ（A型・B型・型不明）
	9 インフルエンザ（A型・B型・型不明）	10 咽頭結膜熱（アデノウイルス感染症）
	10 咽頭結膜熱（アデノウイルス感染症）	14 麻疹
	11 溶連菌感染症	15 風疹
	12 中耳炎	16 百日咳
	13 伝染性膿痂疹	
症状 (番号に○)	1 発熱 2 咳 3 喘鳴 4 嘔吐 5 下痢 6 発疹 7 その他（ ）	
経過・ 投薬状況など		
特記すべき 既往歴 (いずれかに○)	有 ↓ (該当するものに○)	無 不明
	熱性けいれん（ 回） ・ ぜんそく ・ 食物アレルギー その他（ ）	
	初めての受診など、把握している既往歴がない場合は「不明」で構いません。	
その他の 注意事項	他の児童との接触の可否等、利用施設において注意する点があれば、ご記入ください。	
保育上の留意 点 (指示があれば番号に○)	1 ベッド上安静 2 室内安静（ベッドでの生活が主、他児と静かな遊びは可） 3 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）	
有効期間	本日より 日間有効	

※ この提供書に記載していただく料金は、「診療情報提供料（I）」の対象外です。